

**地域医療連携室 FAX 078-371-2726**

TEL 078-371-1203 (代表)

《紹介元データ》

申込日 年 月 日

|          |           |
|----------|-----------|
| 紹介元医療機関名 |           |
| 住所 〒     |           |
| TEL      | 診療科 _____ |
| 返信先 FAX  | 医師名 _____ |

《患者さんデータ》

|          |   |              |                            |
|----------|---|--------------|----------------------------|
| 氏名       | フリガナ  | 性別           | 生年月日                       |
|          |   | 男 女          | M T S H 年 月 日<br>( 歳)      |
| 希望<br>医師 | なし ・ あり<br>【泌尿器科】 山道 深 / 遠藤 貴人 / 山下 真平 / 堀越 幹人 / 賀來 泰大<br>【腎内科】 吉矢 邦彦 / 高瀬 重昭                       |              |                            |
| 医師同士の相談  | 有 ・ 無   | 原泌尿器科<br>受診歴 | なし ・ あり ・ 不明<br>診察券 ID ( ) |
| 受診希望日    | 第1希望 月 日 第2希望 月 日<br><input type="checkbox"/> 希望日なし <input type="checkbox"/> 都合の悪い日 ( )             |              |                            |
| 外国人の受診時  | 日本語は話せますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>※いいえの場合は、日本語が話せる方のご同行をお願いします |              |                            |
| 持参資料     | なし ・ あり<br>X 線 ・ CT ・ MR ・ 内視鏡 ・ 超音波 ・ 心電図 ・ 検査記録 ・ その他 ( )   |              |                            |
| 患者さんの状況  | 貴院にて外来待機中   | 貴院にて入院中      | 帰宅されて連絡待ち                  |
| 紹介目的     | ※ 簡単に結構ですのでご記入願います。<br>1. 治療 2. 検査 3. その他   |              |                            |
| 特記事項     | ※ ADL・移動方法など  |              |                            |

CT検査 (CT検査予約の場合には、該当項目に必ず口を記入してください)

|          |   |  |  |       |  |
|----------|---|--|--|-------|--|
| 検査<br>部位 | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |  |       |  |
| 検査方法     | <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影  |  |  |       |  |
| 感染症      | <input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> Wa <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 不明                                   |  |  |       |  |
| 所見       | <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要  |  |  |       |  |
| 保険       | 保険者番号   |  |  | 記号・番号 |  |
|          |   |  |  |       |  |
|          | 1. 本人 2. 家族   |  |  |       |  |

※ 予約受付完了後、ご予約受付票を FAX いたします。

※ FAX は 24 時間受付しておりますが、受付時間 (平日 月~金 8:30~16:30) 以降のお申し込みは、翌業務日以降のお返事となります。ご了承ください。